

نگرانی‌ها و محدودیت‌های درک شده مادران مبتلا به دیابت بارداری: یک مطالعه کیفی

سیده سمیرا مخلص^۱، دکتر معصومه سیمبر^۲، دکتر فهیمه رضانی تهرانی^۳، دکتر نورالسادات کریمان^۴،
 دکتر حمید علوی مجد^۵

(۱) کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، (۲) مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، (۳) مرکز تحقیقات اندوکرینولوژی تولیدمثل، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، (۴) گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، (۵) گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، آدرس مکاتبه با نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. دکتر معصومه سیمبر؛
 e-mail: msimbar@yahoo.com

چکیده

مقدمه: دیابت بارداری علاوه بر افزایش خطر برای مادر و جنین، می‌تواند بر کلیه جنبه‌های زندگی مادران تاثیرگذار باشد لذا هدف از این مطالعه تبیین تجربیات مادران مبتلا به دیابت بارداری است. **مواد و روش‌ها:** این پژوهش یک مطالعه کیفی می‌باشد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته استفاده شد. مشارکت‌کنندگان مادران مبتلا به دیابت بارداری مراجعه‌کننده به بیمارستان طالقانی شهر تهران و همچنین ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی بودند. پس از انجام ۲۵ مصاحبه با مادران مبتلا و ۸ مصاحبه با ارائه‌کنندگان خدمت، داده‌ها به اشباع رسید. داده‌ها با روش تحلیل محتوی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** مشارکت‌کنندگان در فعالیت‌های اجتماعی و تفریحی خود و همچنین ایفای نقش خود به عنوان مادر یا همسر، محدودیت‌هایی را درک می‌کردند؛ علاوه بر آن درمان بیماری منجر به ایجاد محدودیت‌هایی در زندگی روزمره آن‌ها گشته بود. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها، دغدغه‌هایی که مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری با آن درگیر بودند در ارتباط با سلامت خود، سلامت جنین و نوزاد و دغدغه‌های مرتبط با درمان و مراقبت بود. **نتیجه‌گیری:** ماماها و سایر ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی باید از تاثیر تشخیص دیابت بارداری بر زندگی مادران آگاهی داشته باشند و برای این مادران توصیه‌های فردی و فرهنگی مناسب به‌خصوص در مورد درمان ارائه دهند. همچنین این مادران نیاز به اطلاعات مفید و مناسب دارند تا از این طریق نگرانی‌هایشان کاهش یابد.

واژگان کلیدی: مطالعه کیفی، دیابت بارداری، ایران

دریافت مقاله: ۹۷/۷/۲۱ - دریافت اصلاحیه: ۹۷/۱۰/۲۹ - پذیرش مقاله: ۹۷/۱۱/۱۴

مقدمه

تعریف می‌گردد. این تعریف بدون توجه به استفاده یا عدم استفاده از انسولین برای درمان به کار می‌رود.^۱ شیوع دیابت بارداری در تمام نقاط جهان در حال افزایش بوده^۲ و در نقاط مختلف ایران نیز متفاوت گزارش شده است. به نظر می‌رسد نژاد و قومیت‌های مختلف می‌توانند سبب ایجاد تفاوت در

دیابت شایع‌ترین عارضه‌ی طبی در حاملگی است و به صورت شدت‌های مختلف عدم تحمل کربوهیدرات که اولین بار در دوران حاملگی شروع شده یا تشخیص داده می‌شود،

همچنین، تمرکز اصلی این مطالعات بر رفتارهای خودمراقبتی آن‌ها بوده است که با هدف اصلی و سوالات راهنمای مصاحبه‌ی مطالعه‌ی حاضر متفاوت است.

افزایش آگاهی در مورد نگرانی‌ها و محدودیت‌های مادران مبتلا به دیابت بارداری می‌تواند به ارائه‌کنندگان خدمات برای درک بهتر مادران مبتلا به منظور حمایت، تشویق و آموزش آن‌ها کمک کند. لذا هدف از این مطالعه تبیین تجربیات مادران مبتلا به دیابت بارداری است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوی قراردادی است که با استفاده از مصاحبه‌های عمیق انفرادی باز و نیمه ساختاریافته، تجربیات زندگی مادران مبتلا به دیابت بارداری را مورد بررسی قرار می‌دهد. این مطالعه دارای تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد IR.SBMU.PHNM.1395.494 می‌باشد.

جامعه مورد مطالعه، مادران مبتلا به دیابت بارداری مراجعه‌کننده به بیمارستان طالقانی شهر تهران بودند. هم‌چنین جهت غنای داده‌ها با افراد کلیدی شامل ارائه‌کنندگان مراقبت‌های درمانی (متخصص زنان، متخصص غدد، متخصص تغذیه، متخصص بهداشت باروری، مراقب سلامت، ماما و مسئول بخش غدد بیمارستان طالقانی) مصاحبه عمیق فردی انجام شد.

از معیارهای ورود به مطالعه برای مادران مشارکت‌کننده، ابتلا به دیابت بارداری در بارداری فعلی، تابعیت ایرانی، عدم وجود اختلالات جسمی و روان‌شناختی دیگر به گفته‌ی بیمار بود. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف با حداکثر تنوع در زمینه‌های سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، سن بارداری، نوع درمان (رژیم غذایی یا انسولین، درمان بستری یا سرپایی) تا اشباع داده‌ها ادامه یافت که در مجموع، تعداد شرکت‌کنندگان در این مطالعه به ۲۵ نفر رسید. از معیارهای ورود افراد کلیدی، حداقل ۲ سال تجربه کاری در مورد مراقبت از زنان باردار مبتلا به دیابت بارداری بود. نمونه‌گیری در گروه افراد کلیدی نیز به صورت مبتنی بر هدف در کسانی که مشخصات واحدهای پژوهش را داشتند، انجام گردید. در مجموع با ۸ نفر از متخصصین مصاحبه فردی انجام شد.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق انفرادی و بر اساس راهنمای سوالات انجام شد. پس از تعیین

شیوع آن شوند.^۲ در یک متآنالیز، میزان شیوع دیابت در ایران در مجموع در حدود ۴/۹ درصد برآورد شد.^۴

دیابت بارداری با افزایش خطر برای مادر و جنین در دوران بارداری و در مراحل بعدی زندگی همراه است.^{۴،۵} دیابت بارداری علاوه بر عوارض فیزیولوژیک، با پیامدهای روانی و اجتماعی فراوانی نیز همراه است. زنان مبتلا به دیابت بارداری استرس بیشتری نسبت به زنان باردار سالم تجربه می‌کنند. این زنان احساس می‌کنند که از نظر اجتماعی ایزوله بوده و تعداد بسیار کمی از مردم در مورد دیابت بارداری آگاهی دارند. برخی از زنان نیز داشتن دیابت بارداری را نوعی برچسب خوردن دانسته و از بیان آن خجالت می‌کشند.^{۶-۸}

با وجودی که دیابت بارداری بر کلیه جنبه‌های زندگی زنان باردار مبتلا اثرگذار است، اکثر مطالعات بر روی غربالگری، درمان و پیامدهای این عارضه تمرکز کرده‌اند و در مقابل، دانش کمی در مورد نگرانی‌ها، نیازهای روانی و محدودیت‌های ناشی از بیماری برای مادران مبتلا به دیابت بارداری وجود دارد. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که مادران مبتلا به دیابت بارداری احساس ناامیدی و هم‌چنین احساس عدم کنترل بر شرایط دارند.^{۹،۱۰} برخی نیز گزارش کرده‌اند که توصیه‌های غذایی ارائه شده به مادران مبتلا، فردی نیست و تبعیت از آن‌ها سخت و پیچیده است.^{۱۱،۱۲} شناخت تجربیات مادران مبتلا به دیابت بارداری نیازمند مطالعات کیفی است. تحقیق کیفی سبب ایجاد بصیرت نسبت به رفتار و سبک زندگی مردم، آگاهی‌ها، نگرش‌ها، احساسات، ارزش‌ها و تجربیات می‌گردد.^{۱۳} مطالعات کیفی بسیار معدودی در مورد تجربیات مادران مبتلا به دیابت بارداری در ایران انجام شده است. در یک مطالعه کیفی در تهران، به منظور تبیین باورها و اعتقادات و راهبردهای مقابله‌ای مادران مبتلا به دیابت بارداری و تاثیر آن بر رفتارهای خودمراقبتی، ۱۲ مصاحبه نیمه ساختاریافته با مادران مبتلا به دیابت بارداری انجام شد و تحلیل محتوی، منجر به پدیدار شدن دو درون‌مایه نگرش به بیماری و راهبردهای مقابله‌ای گردید.^{۱۴} در مطالعه کیفی دیگری پس از ۱۲ مصاحبه نیمه ساختار یافته با مادران مبتلا به دیابت بارداری، درماندگی و مشکلات درک شده از موانع خودمراقبتی، پذیرش بیماری و حمایت از تسهیل‌کننده‌های خودمراقبتی مادران مبتلا به دیابت بارداری مطرح شد.^{۱۴} در این مطالعات کیفی تنها با مادران مبتلا به دیابت بارداری مصاحبه انجام شده است و

راهنمای سوالات، به صورت آزمایشی با ۳ نفر از مشارکت‌کنندگان مصاحبه شده و پس از بازنگری تیم تحقیق، اصلاح و مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۱)

جدول ۱- سوالات راهنمای مصاحبه با مادران مبتلا به دیابت بارداری و متخصصین در مورد تجربه مادران مبتلا به دیابت بارداری

سوالات راهنما مصاحبه با مادران مبتلا به دیابت بارداری
زمانی که مطلع شدید مبتلا به دیابت شده‌اید چه احساسی پیدا کردید؟
در مورد دیابت بارداری چه فکری می‌کنید؟
ابتلا به این بیماری بر احساس سلامتی و زندگی روزمره شما چه تاثیری داشته است؟
مهم‌ترین نگرانی شما در ارتباط با دیابت بارداری چیست؟ چرا؟
سوالات راهنما مصاحبه با متخصصین
واکنش اولیه‌ی زنان در زمان مطلع شدن مبتلا به این بیماری چیست؟ چه عواملی در این واکنش مؤثر است؟
دیابت بارداری چگونه زندگی مادران مبتلا را تحت تاثیر قرار می‌دهد؟
مادران مبتلا به دیابت بارداری چه نگرانی‌ها و دغدغه‌هایی را مطرح می‌کنند؟

جدول ۲- درون‌مایه‌ها، طبقات اصلی و زیرطبقات استخراج شده از تحلیل داده‌های کیفی

زیرطبقات	طبقات اصلی	درون‌مایه
اجتماعی	محدودیت در فعالیت‌ها	محدودیت‌های درک شده
تفریحی	محدودیت در ایفای نقش	
مادری		
به عنوان همسر	محدودیت‌های ناشی از درمان	
رژیم غذایی		
درمان دارویی		
ارزیابی قند خون		
ختم بارداری	دغدغه‌ی مرتبط با سلامتی	
سلامت جنین و نوزاد		
سلامت مادر		
ارائه خدمات درمان و مراقبت		
هزینه‌های درمان	دغدغه‌های مرتبط با درمان و مراقبت	نگرانی‌های مرتبط با حاملگی پرخطر

آغاز گردید؛ سپس از آن‌ها خواسته شد تا درک و تجربه خود را در مورد دیابت بارداری بازگو کنند. سوالات بعدی بر اساس پاسخ‌های اولیه افراد و راهنمای سوالات پرسیده شد. با پیشرفت مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل هم‌زمان و شکل‌گیری طبقات، مسیر مصاحبه‌های بعدی تعیین گشت. به‌علاوه در طول مصاحبه، متناسب با پاسخ‌های ارائه شده از سوالات عمق‌دهنده مانند: "ممکن است در این مورد بیشتر توضیح بدهید؟"، "ممکن است یک مثال از موضوعی که برایتان اتفاق افتاده است، تعریف کنید تا بهتر متوجه

مادرانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند و رضایت خود را برای شرکت در مطالعه اعلام کردند، زمان و مکان انجام مصاحبه به آن‌ها اعلام شد. در صورتی که مادر تمایل به انجام مصاحبه در بیمارستان داشت، مصاحبه در یک اتاق جداگانه و آرام انجام پذیرفت. یکی از مصاحبه‌ها در منزل مشارکت‌کننده به علت عدم تمایل وی به انجام مصاحبه در بیمارستان انجام گردید. پیش از شروع رسمی جلسات مصاحبه، رضایت برای انجام و ضبط مصاحبه کسب شد. مصاحبه با برقراری ارتباط و جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان

سطوح تحصیلی مختلف (ابتدایی تا ارشد)، سطح اقتصادی متفاوت (ضعیف، متوسط، خوب)، تعداد بارداری متفاوت (نولی پار یا مولتی پار) و همچنین خانه دار و شاغل بودند. برای درمان افراد شرکت کننده در این مطالعه از رویکردهای مختلفی (رژیم غذایی، انسولین، متفورمین) استفاده شده بود و برخی از افراد شرکت کننده به علت دیابت بارداری در بیمارستان بستری شده بودند. همسران افراد شرکت کننده نیز دارای سطوح مختلف تحصیلی (بی سواد تا کارشناس) و وضعیت اشتغال متفاوت (آزاد، کارمند، کارگر و بی کار) بودند. تمام افراد شرکت کننده، بارداری تک قلو داشتند و فاقد اختلالات شناختی و روانی بودند. در این مطالعه جهت غنای داده ها با ۸ نفر از افراد کلیدی نیز با سابقه کاری مختلف (۲ تا ۲۰ سال) و تعداد ویزیت ماهانه مختلف مادران مبتلا به دیابت بارداری (۳ تا ۴۰ نفر) مصاحبه انجام شد. تحلیل محتوی منجر به پدیدار شدن دو درون مایه محدودیت های درک شده و دغدغه های درک شده گردید. درون مایه ها، طبقات اصلی و زیرطبقات استخراج شده در مورد تجربیات مشارکت کنندگان از دیابت بارداری در جدول ۱ نشان داده شده است.

۱- محدودیت درک شده:

مشارکت کنندگان در فعالیتهای اجتماعی و تفریحی و همچنین ایفای نقش خود به عنوان مادر یا همسر محدودیت هایی را درک می کردند که آن را ناشی از دیابت بارداری می دانستند؛ علاوه بر آن درمان بیماری منجر به محدودیت هایی در زندگی روزمره آنها گشته بود.

الف) محدودیت در فعالیتها

اکثریت شرکت کنندگان پس از ابتلا به دیابت بارداری، مهمانی رفتن یا برگزاری مهمانی و همچنین رفتن به مسافرت، پیک نیک و رستوران را به علت لزوم رعایت رژیم غذایی یا مشکلات ناشی از نگه داری و تزریق انسولین کاهش داده بودند.

"خیلی سخت شده... اصلا دوست ندارم مهمونی برم... چون انسولین رو باید با خودم ببرم و بلافاصله قبل از غذا بزنم... اینا از تیم می کنه" (خانم مولتی پار ۳۰ هفته تحت درمان با انسولین)

ب) محدودیت در ایفای نقش

برخی از شرکت کنندگان اظهار می کردند که پس از ابتلا به دیابت بارداری مانند قبل به فرزندانشان و نظافت منزل رسیدگی نمی کنند. مشارکت کنندگان علت این موضوع را

منظورتن بشوم؟" استفاده شد. در پایان مصاحبه از مشارکت کنندگان خواسته شد که اگر صحبتی مانده بیان کنند. ضمن آن که در حین مصاحبه، محقق به حالات چهره و حرکات بدنی مشارکت کننده توجه نموده و در یادداشت های خود لحاظ نمود. در این مطالعه نوشتن یادآورها و یادداشت در عرصه از همان ابتدای کار، کلیدی برای روشن ساختن مسیر سوالات بعدی بود.

برای مصاحبه با افراد کلیدی، محقق به مکان هایی که دسترسی به ایشان امکان پذیر بود مانند مطب، دفتر کار، مراکز مراقبت بهداشتی- درمانی مراجعه کرده و در صورت تمایل ایشان و کسب رضایت شفاهی، مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته با استفاده از راهنمای سوالات از پیش تعیین شده انجام گرفت.

در مطالعه حاضر، داده های حاصل از مصاحبه با روش تحلیل محتوی قراردادی گرانهیم^۱ و لاندمن^{۱۱} تجزیه و تحلیل گشت؛^{۱۰} بدین ترتیب که ابتدا پس از انجام هر مصاحبه در کوتاه ترین زمان ممکن اطلاعات ضبط شده کلمه به کلمه بر روی کاغذ ثبت شد و سپس مصاحبه های پیاده شده با استفاده از نرم افزار MAXQDA 10 واحدهای معنایی مشخص گردید و سپس واحدهای معنایی به کد تبدیل شدند. تمامی متن مصاحبه کدگذاری گشت. در طول فرآیند کدگذاری، پژوهشگر به صورت مداوم کدگذاری را کنترل نمود تا از توافق کدها بین اعضای تیم پژوهش اطمینان حاصل کند. سپس کدها بر اساس خصوصیات مشترک خود در زیرطبقات مناسب قرار گرفتند و هر چند زیرطبقه مرتبط با یکدیگر در یک طبقه جای گرفت. پس از استخراج طبقات، آن دسته از آنها که مفهوم مشترکی را می رسانند، یک درون مایه را تشکیل دادند.

در این پژوهش، با انجام مصاحبه های عمیق، تنوع مشارکت کنندگان در پژوهش، درگیری مستمر پژوهشگر با داده ها، کنترل داده ها و کدهای استخراج شده با همکاران و مشارکت کنندگان، اعتبار و مقبولیت داده ها تامین گردید.^{۱۱}

یافته ها

در این مطالعه ۲۵ نفر از زنان باردار مبتلا به دیابت بارداری با محدوده سنی ۱۸ تا ۴۲ سال و سن بارداری ۹ تا ۳۸ هفته مورد مصاحبه قرار گرفتند. افراد شرکت کننده دارای

i - Graneheim

ii - Lundman

غذا مورد علاقه خود را مصرف می‌کردند اما این افراد معتقد بودند از مصرف این مواد غذایی لذتی نمی‌برند و آن را با ترس و لرز مصرف می‌کنند.

"مثلا عشقم طالبیه ولی خوب نمی‌تونم بخورم. یه قاچ کوچیک دیشب خوردم که قندم فوران نکنه.. آدم توی بارداری خیلی چیزارو هوس می‌کنه.. الان میوه‌های فصل که میاد همه شیرین دیگه.. فقط خیار می‌تونم بخوری"

مصرف مواد غذایی در ساعات مشخص و به مقدار مشخص، از جمله محدودیت‌هایی بود که برخی مادران مبتلا مطرح کردند.

"روی ساعت ناهار و شامت تاثیر داره. یه قوانین خاصی برام گذاشتن... مثلا گفتن تا ده و نیم نباید شام بخوری یا مثلا نون سنگک به اندازه کف دست بخور" (خانم مولتی‌پار ۲۸ هفته تحت درمان با انسولین و مت‌فورمین)

در صورتی که رژیم غذایی قادر به کنترل قند خون مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری نباشد، تزریق انسولین شروع می‌گردد. از محدودیت‌هایی که مشارکت‌کنندگان برای این درمان در این مطالعه مطرح کردند نیاز به تزریق مکرر و به موقع این دارو بود.

"هرجا میرم باید دغدغه داشته باشم انسولینم جای گرم نمونه و توی یخچال بزارم.. سر ساعت بزدم.. مثل آدم آهنی ساعتت کوک باشه باید بلند بشی انسولین بزنی و بلافاصله صبحانه بخوری.. اینا برام سخته" (خانم مولتی‌پار ۲۸ هفته تحت درمان با انسولین)

بسیاری از مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری مجبور به اندازه‌گیری قند خون خود از طریق گلوکومتر و یا آزمایشگاه هستند. تکرر دفعات آزمایش قند خون، ناشتا بودن طولانی مدت برای اندازه‌گیری قند خون ناشتا و انجام تست قند خون به طور مکرر با گلوکومتر از محدودیت‌های درک شده‌ی مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر در ارتباط با این روش مراقبتی بود.

"وقتی که برای مادری انسولین تجویز می‌کنیم، از شون می‌خوایم که قندشون رو با گلوکومتر کنترل کنن.. یکی از مشکلاتی که مادران باهش مواجه هستن همین کنترل مکرر قند خون هست و از این که باید سر ساعتی قندشون رو کنترل کنن یا مدام دستشون سوراخ بشه به ما شکایت می‌کنن" (متخصص غدد با سابقه ۱۲ سال)

"باید ناشتا بمونم تا ساعت ۹ صبح که ۸ ساعت ناشتا باشم که آزمایش بدم.. چون باید روزی ۴-۵ بار قندمو چک

مشغله فکری ناشی از تشخیص دیابت بارداری و یا ضعف و گرسنگی ناشی از رژیم غذایی سخت‌گیرانه عنوان می‌کردند.

"بی‌حوصله شدم.. کتاب زبان بخترمو این هفته نگاه نکردم، قبل از دیابت خیلی زرنگ بودم و کارهامو با وسواس انجام می‌دادم." (خانم مولتی‌پار ۲۸ هفته تحت درمان با رژیم غذایی)

برخی از مشارکت‌کنندگان برای تبعیت از رژیم غذایی مجبور بودند دو نوع غذا برای خود و خانواده درست کنند، اما اکثر افراد فقط غذاهای مجاز خود را تهیه می‌کردند و از این‌که رژیم غذایی آن‌ها بر رژیم غذایی فرزندان و همسر نیز تاثیر گذاشته احساس ناراحتی می‌کردند.

"این بارداریم اصلا ماکارونی درست نکردم برای بچه-ها.. پسرم میگه حالا که دیابت داری ما نباید هیچی بخوریم.. (خانم مولتی‌پار ۳۰ هفته تحت درمان با رژیم غذایی)

در رابطه با ایفای نقش به عنوان همسر، برخی از مشارکت‌کنندگان دیابت بارداری را عاملی برای تغییر ارتباط عاطفی با همسرشان می‌دانستند که این تغییر گاهی مثبت و گاهی نیز منفی بیان می‌شد. علاوه بر آن، کاهش ارتباط جنسی با همسر نیز به علت کاهش میل جنسی و یا ترس از صدمه به جنین توسط مشارکت‌کنندگان بیان شد.

"هر روز باهش (همسرم) سر چیزهای الکی دعوا راه می‌ندازم... از وقتی فهمیدم دیابت دارم چون استرس دارم و فکرم مشغوله نمی‌خوام کنار شوهرم باشم.. روابط زناشویی کم شده" (خانم مولتی‌پار ۲۸ هفته تحت درمان با رژیم غذایی)

ج) محدودیت ناشی از درمان

رعایت رژیم غذایی، تزریق انسولین، اندازه‌گیری قند خون و ختم زودتر از موعد بارداری از جمله گزینه‌های مراقبتی و درمانی است که می‌تواند با محدودیت‌هایی برای مادر همراه باشد.

رعایت رژیم غذایی به تنهایی یا همراه با انسولین یکی از مهم‌ترین درمان‌ها برای مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری می‌باشد. بسیاری از مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، این درمان را در دوران بارداری سخت و همراه با مشکلات و محدودیت‌هایی می‌دانستند. رژیم غذایی باعث شده بود که بسیاری از مادران از مواد غذایی مورد علاقه خود محروم شوند. برخی نیز معتقد بودند نباید خانم باردار را از مواد غذایی خاصی محروم کرد و این می‌تواند بر جنین وی تاثیرگذار باشد و به این علت علی‌رغم محدودیت، میوه و

"بیشتر نگرانیم بخاطر بچه است که خفه نشه..یا مثلا بعد از زایمان افت قند پیدا نکنه"(خانم مولتی‌پار ۲۴ هفته تحت درمان با انسولین)

"بیشتر به خاطر این که بچه بهویی مشکل نداشته باشه..میگم یه وقت چون من دیابت دارم چشمش مشکلی نداشته باشه؛ دکتره می‌گفت قلبش شاید مشکل داشته باشه..فکر می‌کنم که اصلا سالم به دنیا نیامد:"(خانم مولتی‌پار ۲۷ هفته تحت درمان با انسولین)

"وزن زیاد برای مادر و بچه سخته..هم در بارداری برای مادر سخته هم وقتی بچه چاق به دنیا بیاد این چاقی روش می‌مونه و مستعد هزار جور مرضی می‌شه"(خانم مولتی‌پار ۲۸ هفته تحت درمان با رژیم غذایی)

نگرانی درمورد سلامت جنین باعث شده بود که اکثر مشارکت‌کنندگان از کاهش حرکت جنین احساس نگرانی بیشتری کنند و دچار استرس شوند.

"الان تند تند میام صدای قلب گوش کنم... هر وقت تکون نخوره می‌ترسم و سریع میام صدای قلبشو گوش کنم"(مولتی‌پار ۲۷ هفته تحت درمان با انسولین)

علاوه بر نگرانی از تاثیر افزایش قند خون بر سلامت جنین و نوزاد، درمان دیابت بارداری اعم از درمان با رژیم غذایی و درمان دارویی نیز برای مادران ایجاد نگرانی کرده بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان از تاثیر رژیم غذایی بر وزن‌گیری جنین و برخی نیز از تاثیر رژیم غذایی بر هوش و زیبایی جنین نگران بودند. علاوه بر آن، نگرانی در مورد عوارض درمان دارویی مانند انسولین و مت فورمین بر روی جنین از دیگر دغدغه‌های مادران مطرح می‌شد.

"دوتا سونو که اون ۴-۵ روز که اونجا (بستری در بیمارستان) بودم دادم، گفت بچه‌ات تازه یک کیلوئه، فکر کن من آخر هفت ماهم و بچه تازه یک کیلو...همش می‌خواستیم نوار قلب بگیرن و ان اس تی انجام بدن می‌گفتن خیلی کوچولوئه."(خانم مولتی‌پار ۳۳ هفته تحت درمان با انسولین)

"خیلی چیزها رو نمی‌تونم بخورم..این اواخر بیشتر گرسنه می‌مونم ولی قرص ویتامین خارجیشو می‌خورم چون میگم نکنه گرسنه می‌مونم برای هوش بچه‌ام ضرر داشته باشه"(خانم مولتی‌پار ۲۷ هفته تحت درمان با انسولین)

"نگرانم انسولین روش تاثیر نذاره..دکتر گفت اثر نداره..ولی با خودم فکر می‌کنم میگم به این هم نیست که دارو اثری نداشته باشه. من سر این خیلی اضطراب دارم"(خانم مولتی‌پار ۳۰ هفته تحت درمان با انسولین)

بکنم. ناشتا، دو ساعت بعد از صبحانه، نهار، شام..بعضی مواقع هم چون انسولین میزنم نصف شب بلند می‌شم و قدمو چک می‌کنم. انیت می‌شم خیلی"(خانم مولتی‌پار ۲۸ هفته تحت درمان با انسولین و مت فورمین)

یکی از تدابیر درمانی در مادران مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین، ختم بارداری به روش سزارین در هفته ۲۸ می‌باشد که به منظور پیشگیری از مرگ غیرقابل توجیه جنین و پیشگیری از فلج بازویی در جنین‌های ماکروزوم می‌باشد. برخی از مشارکت‌کنندگان از اجبار برای زایمان سزارین به علت دیابت بارداری و یا زایمان پیش از موعد احساس نارضایتی داشتند.

"مشکل و نگرانی شدیدم این شده که از هرکی سوال می‌کنم میگه شما نمی‌تونن زایمان طبیعی بکنی..من از سزارین وحشت زیادی دارم..نمی‌خوام سزارین بشم چون مشکلات سزارین می‌دونم چه جوریه. دوست دارم بچه‌ام طبیعی به دنیا بیاد..این خیلی زیاد نگرانم کرده"(خانم نولی‌پار ۲۹ هفته تحت درمان با انسولین)

۲- نگرانی‌های مرتبط با حاملگی پرخطر

دغدغه‌ها عواملی هستند که منجر به ایجاد نگرانی و تشویش خاطر مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری می‌شوند و می‌توانند بر کیفیت زندگی آن‌ها تاثیر منفی داشته باشد. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها دغدغه‌هایی که مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری با آن درگیر بودند در مورد سلامت خود، سلامت جنین و نوزاد، دغدغه‌های مرتبط با درمان و مراقبت بود.

الف) دغدغه‌های مرتبط با سلامتی:

بسیاری از مشارکت‌کنندگان دغدغه‌ی اصلی خود را سلامت جنین یا نوزاد مطرح می‌کردند و برای سلامتی جنین بیشتر از سلامت خود اهمیت قایل می‌شدند. افزایش وزن نوزاد، افت قند خون پس از تولد، مرگ جنین، ناهنجاری جنین و نارس بودن نوزاد، سلامتی نوزاد در آینده (ابتلا به چاقی و دیابت) از جمله موارد نگرانی مطرح شده توسط مادر بود. بسیاری از مادران اطلاعات مربوط به پیامدهای بارداری را از ارائه‌کنندگان خدمت و گاهی نیز از اینترنت دریافت می‌کردند.

"خیلی از مادرها از سلامت جنین نگران هستن و زمانی که به مطب مراجعه می‌کنند اطلاعات زیادی از اینترنت سرچ کردند و بسیار نگران هستن و سوالاتشون حول و حوش سلامتی جنینشون هست"(متخصص زنان با سابقه ۶ سال)

علاوه بر نگرانی از سلامتی جنین و نوزاد، مادران مبتلا در مورد سلامتی خود نیز ابراز نگرانی می‌کردند. یکی از نگرانی و دغدغه‌های مهم مادران مبتلا به دیابت بارداری، ترس از پایداری دیابت در آینده بود که اکثر مادران آن را مطرح می‌کردند. امید به این که این بیماری موقتی است و پس از زایمان برطرف می‌شود، به آن‌ها آرامش می‌داد و در مقابل ترس از پایداری دیابت در آینده از دغدغه‌های آن‌ها به شمار می‌رفت.

"می‌ترسم وقتی بچه رو درمیان باز قدم بره بالا.. قند بارداری نباشه.." (خانم مولتی‌پار ۲۵ هفته تحت درمان با انسولین)

"امروز اینجا (بیمارستان) می‌گفتن که شانسیه و ممکنه بعد از زایمان هم روت بمونه.. خیلی نگرانم خوب، این بیماری راحتی نیست که آدم راحت از کنارش بگذره.." (خانم نولی‌پار ۱۱ هفته تحت درمان با مت فورمین)

یکی دیگر از نگرانی‌های مادران مبتلا در مورد سلامت خود، ترس از افت قند خون به علت تزریق انسولین و یا افزایش قند خون و همچنین نگرانی از تاخیر در ترمیم زخم بعد از زایمان بود.

"وقتی انسولین میزنم آب قند درست می‌کنم همش استرس اینو دارم که قدم نیفته و بی‌هوش نشم.. جواری هست که به همسر زنگ می‌زنم می‌گم شب بیا خونه موقع انسولین منه من یه هو از حال می‌رم" (مولتی‌پار ۳۷ هفته تحت درمان با انسولین)

"ولی می‌دونی کی نگران می‌شم وقتی تست می‌گیرم می‌بینم یه دفعه‌ای بالا رفته اون موقع خیلی نگران می‌شم.. مدام می‌گم من چکار کردم؟ یعنی چی شده؟ چرا رفته بالا؟.. آزمایش که میدم تا جوابشو بگیرم هی نه‌نم درگیره.." (خانم مولتی‌پار ۲۸ هفته تحت درمان با انسولین)

ب) دغدغه‌های مرتبط با درمان و مراقبت:

براساس تجزیه و تحلیل داده‌ها، دغدغه‌های مراقبت و درمان شامل دغدغه‌های مرتبط با ارائه‌ی خدمات درمان و مراقبت و هزینه‌های درمان بود.

با توجه به اهمیت دیابت بارداری و حساس بودن این دوران و این که ارائه خدمات مراقبت و درمان برای مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری ضروری می‌باشد، ارتقاء و بهبود خدمات می‌تواند در ارتقاء سطح سلامت و کیفیت زندگی آنان نقش مهمی را ایفا کند و در مقابل، نارضایتی از ارائه‌ی خدمات می‌تواند تاثیر منفی در سلامتی و کیفیت

زندگی مادران باردار مبتلا داشته باشد. درمان مادران مبتلا به دیابت بارداری مستلزم همکاری متخصصین مختلف است. اکثر مشارکت‌کنندگان برای انتخاب پزشک سردرگم بودند و از مراجعه‌ی مکرر به پزشکان متخصص متعدد مانند متخصص زنان، داخلی، غدد و تغذیه خسته شده بودند و این موضوع زندگی اعضای خانواده را نیز تحت تاثیر قرار داده بود.

"رفت و آمدم به دکتر خیلی بیشتر شده.. یعنی اینقدر می‌رم و میام که کلافه میشم و خودم هم خسته می‌شم.. الان بیمارستان می‌بینم تنم می‌لرزه.." (خانم نولی‌پار ۳۱ هفته تحت درمان رژیم غذایی)

"ان امتحان آقامونه.. مثلاً امروز امتحانشو خراب کرده.. میگه اشکال نداره بچه سلامت باشه.. ولی خودم عذاب وجدان می‌گیرم به خاطر من سه روزه صبح تا غروب میره بیمارستان.." (خانم مولتی‌پار ۲۴ هفته تحت درمان با انسولین)

ترس و نگرانی از بستری شدن دغدغه‌ای بود که برخی از مادران باردار ابراز کردند.

"قدم تا چند باشه بستری می‌شم؟ چون این هم یه مسئله استرس‌آوری هست.. نمی‌خوام بستری بشم.. بیمارستان کلافه‌ام می‌کنه" (خانم نولی‌پار ۳۴ هفته تحت درمان با انسولین)

افزایش هزینه‌های درمان و مراقبت از جمله هزینه‌ی ویزیت متخصصین، هزینه داروی انسولین، هزینه دستگاه گلوکومتر و ورقه‌های دستگاه، هزینه آزمایش‌های قند خون و هزینه سونوگرافی و تست‌های سلامت جنین دغدغه‌ای بود که توسط برخی از مادران مبتلا به خصوص مادران بارداری که دارای وضعیت ضعیف یا متوسط اقتصادی بودند، مطرح شد.

"برخی از مادرها فقط یک بار میان پیش ما؛ یکی از دلایلش اینه که هزینه ویزیت متخصص‌های متفاوت براشون سخته.. چون هم باید پیش ما بیان، هم غدد هم زنان.. هزینه آزمایشات هم که جدا" (متخصص تغذیه با ۷ سال سابقه)

"دوباره دو هفته دیگه هم سونو و هم آزمایش و دوباره دکتر غدد.. یعنی توی این ۲-۳ هفته فقط ۲۰۰ هزار تومن پول ویزیت و اینجور چیزا دادم.. هنوز دستگاه و اینا هم نخریدم.. هزینه‌ی اون هم هست" (خانم مولتی‌پار ۲۸ هفته تحت درمان با رژیم غذایی)

بحث

شده در این مطالعه در راستای نتایج مطالعه حاضر است. با این حال، مشارکت‌کنندگان تجربه‌ای را در مورد محدودیت در نقش فرد شاغل مطرح نکردند که این موضوع می‌تواند به علت بافت فرهنگی و ارزش‌های فرهنگی حاکم بر جامعه ایران باشد که در آن نقش زنان به‌عنوان مادر و همسر در مرکزیت و اهمیت نقش اجتماعی زن در مرتبه‌ی بعدی قرار دارد.

برخی از افراد مشارکت‌کننده در این مطالعه کاهش روابط جنسی را مطرح کرده بودند. قند خون بالا می‌تواند منجر به افزایش پرولاکتین سرم و همچنین تغییر در انتقال‌دهنده‌های عصبی شود که با اختلال عملکرد جنسی ارتباط دارد. عامل دیگر اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا ممکن است استرس و اضطراب ناشی از تشخیص دیابت بارداری باشد.^{۳۲} مطالعات کمی در خصوص عملکرد جنسی زنان مبتلا به دیابت بارداری انجام شده است. در یک مطالعه تفاوت معناداری بین عملکرد جنسی زنان مبتلا به دیابت بارداری و زنان با حاملگی کم خطر در سه ماهه سوم دیده نشد؛^{۳۳} اما در یک مطالعه‌ی مقطعی که با هدف ارزیابی عملکرد جنسی مادران مبتلا به دیابت بارداری انجام شد، مادران مبتلا به دیابت بارداری نسبت به مادران گروه کم‌خطر اختلال عملکرد جنسی بیشتری داشتند که این اختلاف از نظر آماری معنادار بود.^{۳۴}

رعایت رژیم غذایی یکی از مهم‌ترین درمان‌ها برای مادران باردار مبتلا به دیابت بارداری می‌باشد. بسیاری از مشارکت‌کنندگان در این مطالعه این درمان را در دوران بارداری، سخت و همراه با مشکلات و محدودیت‌هایی می‌دانستند. در ایران مانند سایر کشورهای آسیایی زنان باردار تشویق می‌شوند که دوبرابر بخورند و خوب خوردن نشان‌دهنده‌ی شرایط اجتماعی - اقتصادی بالا می‌باشد؛^{۳۵} بنابراین اعتقادات فرهنگی زنان ایرانی در مورد غذا با توصیه‌هایی که در زمان تشخیص دیابت بارداری دریافت می‌کنند متضاد است که این موضوع می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان تاثیرگذار باشد. در مطالعه حاضر اغلب مشارکت‌کنندگان از این‌که فقط می‌توانند حجم کمی از غذاها را مصرف کنند یا نمی‌توانند میوه‌های مورد علاقه‌ی خود را مصرف کنند، ناامید و ناراحت بودند و از آنجا که رژیم غذایی اغلب ایرانیان کربوهیدرات است، برخی از مشارکت‌کنندگان مجبور بودند که برای سایر اعضای خانواده جداگانه غذا بپزند. این یافته‌ها هم‌راستا با یافته‌های برخی از مطالعات دیگر است.^{۳۵،۳۶} یکی دیگر از محدودیت‌های

در این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوی و با استفاده از مصاحبه عمیق فردی به تبیین تجربه ذهنی مادران مبتلا به دیابت بارداری پرداخته شد. افراد مشارکت‌کننده محدودیت‌ها و نگرانی‌های ناشی از دیابت بارداری از جمله محدودیت در فعالیت اجتماعی و تفریحی را مطرح کردند. یکی از علل این محدودیت‌ها، ناتوانی در رعایت رژیم غذایی در صورت انجام این فعالیت‌ها مطرح شد. در یک مطالعه فنومولوژی مشارکت‌کنندگان برای خودمدیریتی دیابت بارداری از راهکارهایی مانند اجتناب از رفتن به مناسبت‌های اجتماعی که وسوسه‌انگیز است، استفاده می‌کردند. برخی از مادران مبتلا احساس می‌کردند که باید فعالیت اجتماعی خودشان را محدود کنند و زمانی که دوستانشان برای نهار بیرون می‌رفتند، آن‌ها اغلب به تنهایی غذا می‌خوردند.^{۱۷} در مطالعه‌ی دیگری بیرون رفتن یا مهمانی رفتن به عنوان چالشی برای مادران مبتلا به دیابت بارداری باقی مانده بود که منجر به از دست رفتن برنامه‌ی زمانی غذا یا کنترل منظم قند خون می‌شد.^{۱۸} علاوه بر این، مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر از تزریق انسولین در جمع دوستان یا در مکان‌های خارج از منزل خجالت می‌کشیدند و احساس خوبی نداشتند؛ این احساس در مادران مبتلا به دیابت بارداری قبلاً توصیف نشده اما در افراد مبتلا به دیابت بررسی شده است. در یک مطالعه، افراد مبتلا به دیابت وظایف مربوط به مدیریت دیابت از جمله تزریق انسولین را برای جلوگیری از برچسب‌های اجتماعی در مکان‌های دیگر کم‌تر از خانه انجام می‌دادند.^{۱۹}

محدودیت در ایفای نقش به‌عنوان مادر و همسر از دیگر محدودیت‌های مطرح شده در این مطالعه بود. در یک مطالعه -ی کیفی برخی از مادران مبتلا به دیابت بارداری به این علت که نمی‌توانستند نقش‌های مادری خود را به خوبی انجام دهند و تشخیص این بیماری قسمت اعظم زندگی‌شان را مختل کرده بود، خود را بیمار توصیف می‌کردند.^{۲۰} در مطالعه دیگری مادران مبتلا به دیابت بارداری، دیابت بارداری را به عنوان یک مسئولیت اضافی در نقش‌های چندگانه خود به عنوان مادر یا همسر یا فرد شاغل می‌دانستند. اغلب این افراد بیان می‌کردند که برای خرید مواد غذایی و آماده کردن آن، مراقبت فرزندان و مدیریت این مسئولیت‌ها علاوه بر مدیریت دیابت بارداری، نیاز به وقت اضافی دارند.^{۲۱} محدودیت در نقش مادری یا همسری مطرح

برای به حداقل رساندن نگرانی مادران و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها ضروری است.

یکی از نگرانی‌های مطرح شده در مطالعه حاضر، نیاز به مراجعه مکرر به متخصصین مختلف بود. مادران ایرانی مبتلا به دیابت بارداری باید توسط متخصصین مختلف، از جمله متخصصین زنان، متخصصان غدد درون ریز و متخصصان تغذیه، ویزیت شوند. اکثر مشارکت‌کنندگان گزارش دادند که این نظارت گسترده باعث شده که زندگی خانوادگی آن‌ها تحت تاثیر قرار بگیرد. همچنین ضرورت بستری شدن به دلیل مدیریت دیابت، نگرانی قابل توجهی برای مادران ایجاد کرده بود. در واقع استفاده بیشتر از خدمات تخصصی و بیمارستان‌ها می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را کاهش دهد.^{۳۳} در یک مطالعه مداخله‌ای، مادران مبتلا به دیابت بارداری که مراجعه کمتری به پزشک داشتند و از تکنولوژی telemedicine استفاده می‌کردند نسبت به گروه شاهد کیفیت زندگی بالاتری داشتند.^{۳۴} بنابراین برنامه‌های آموزشی ارائه شده، ممکن است بر زندگی زنان تاثیر منفی داشته باشد و ارائه یک برنامه خوب و عملکردی پذیرفته شده برای اکثریت این زنان مهم است.

افزایش هزینه‌های درمان از جمله نگرانی‌های مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بود. در یک مطالعه کیفی که با هدف توصیف تجربه زنان با دیابت بارداری انجام شد، مشارکت‌کنندگان، محدودیت مالی و محدودیت دسترسی به حمل و نقل برای رفتن به پزشک را به عنوان مشکلاتی برای دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی تجربه کرده بودند.^{۳۵} در مطالعه‌ای مادران مبتلا به دیابت بارداری بیان کردند که رعایت رژیم غذایی مانند دریافت پروتئین و میوه و سبزیجات برای آن‌ها گران و پرهزینه است.^{۳۱}

این مطالعه از نوع کیفی بوده و یافته‌های آن می‌تواند درک عمیقی از نگرانی‌ها و محدودیت‌های مادران مبتلا به دیابت بارداری به وجود آورد که امکان دستیابی به آن در مطالعه‌های کمی وجود ندارد. در عین حال یکی از محدودیت‌های این پژوهش، عدم تمایل برخی از مادران مبتلا به دیابت بارداری جهت شرکت در مطالعه بود، بنابراین نمونه‌گیری از بین جمعیت داوطلب ممکن است سبب شود تا نتایج بدست آمده به طور کامل منعکس‌کننده تجربیات مادران مبتلا به دیابت بارداری نباشد. همچنین در بین افراد مشارکت‌کننده، مادر بدون تحصیلات ابتدایی وجود داشت که این موضوع ممکن است در نتایج مطالعه تاثیرگذار باشد. هرچند که

درک شده‌ای که مشارکت‌کنندگان بیان کردند، مدیریت زمان بود. مصرف وعده‌های غذایی در یک زمان معین شده، تزریق مکرر و سرموقع انسولین، تکرار آزمایش‌های قند خون در آزمایشگاه یا با گلوکومتر نیاز به مدیریت زمان دارد. به‌طور مشابه در مطالعه‌ای، اغلب مشارکت‌کنندگان احساس می‌کردند که دیابت آن‌ها را کنترل می‌کند و مجبور به تغییر سبک زندگی به شکلی ناآشنا و گاهی ناخواسته هستند. این شیوه زندگی اجباری شامل کنترل منظم قند خون، تزریق انسولین و تنظیم دوز انسولین بود.^{۳۷} اما در مطالعه کارولان، برخی از مشارکت‌کنندگان به دلیل کنترل راحت‌تر قند خون، از تزریق انسولین خوشحال بودند.^{۳۷} در واقع در مطالعه کارولان مشارکت‌کنندگان نسبت به تزریق انسولین نگرش مثبت داشتند که این موضوع می‌تواند به علت تفاوت در ارائه خدمات و آموزش‌هایی باشد که به مادران مبتلا به دیابت بارداری در کشورهای دیگر داده می‌شود. بنابراین برای ارائه‌کنندگان خدمت مهم است که به مادران مبتلا و خانواده‌های آن‌ها اطمینان دهند که تزریق انسولین نتیجه شکست آن‌ها نیست و این درمان به سلامت مادر و جنین کمک می‌کند و از طریق ایجاد آگاهی و نگرش مثبت، کیفیت زندگی مادران مبتلا را افزایش دهند.

در این مطالعه مهم‌ترین نگرانی مادران مبتلا، ابتدا سلامت جنین و سپس سلامتی خود بود. در مطالعات مختلف نگرانی در مورد سلامت نوزاد پیش از تولد و پس از آن مانند زایمان زودرس، محدودیت رشد و مرگ جنین و همچنین نگرانی از افزایش قند خون و ابتلا به دیابت در آینده برای مادر توسط مشارکت‌کنندگان مطرح شده بود.^{۳۸-۳۰} در یک مطالعه کیفی، رژیم غذایی توصیه شده با ایجاد این تصور که این نوع رژیم غذایی مانع رشد جنین می‌شود و جنین مواد غذایی کافی را دریافت نمی‌کند، باعث نگرانی مشارکت‌کنندگان و همسران آن‌ها شده بود.^{۱۱} اگر چه نتایج نشان داد که نگرانی در مورد پیامد بیماری در زنان مبتلا به GDMⁱ رایج است، میزان آگاهی و اطلاعات در مورد دیابت بارداری و ارتباط موثر و رضایت‌بخش بین زنان با دار مبتلا به دیابت بارداری و ارائه‌کننده خدمت نیز می‌تواند بر کاهش نگرانی‌های مادران مبتلا تاثیرگذار باشد.^{۳۱،۳۲} یافته‌های مطالعه حاضر نیز نشان داد که اطلاعات صحیح و مناسب در مورد بیماری برای جلوگیری از سوء تفاهم درباره پیامد GDM و حمایت بهتر

i -Gestational diabetes mellitus

اقدامات لازم جهت ارتقاء و بهبود سلامت مادران مبتلا به دیابت بارداری مورد استفاده قرار گیرد.

پیشنهاد می‌گردد مطالعات آینده به بررسی تاثیر مداخلات آموزشی جهت ارتقاء توانمندی مدیریت دیابت در مادران مبتلا به دیابت بارداری و کاهش نگرانی‌ها و محدودیت‌های ناشی از دیابت در آن‌ها بپردازد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود مطالعه فنومنولوژی برای تبیین تجربیات مادران مبتلا به دیابت بارداری طراحی گردد.

سپاسگزاری: از تمامی مادران شرکت‌کنندگان در این مطالعه و هم‌چنین ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی سپاسگزاریم که تجربیات خود را سخاوت‌مندانه به ما ارائه دادند. تضاد منافی بین نویسندگان و منابع مالی وجود ندارد.

References

- Cunningham F, Leveno K, Hauth J, Rose D. Williams Obstetrics United state of America: Mc Graw Hill; 2010. p 1240-1.
- Bener A, Saleh NM, Al-Hamaq A. Prevalence of gestational diabetes and associated maternal and neonatal complications in a fast-developing community: global comparisons. *Int J Womens Health* 2011; 3: 367-73.
- Momeni Javid F, Simbar M, Dolatian M, Alavi Majd H. Comparison of lifestyles of women with gestational diabetes and healthy pregnant women. *Glob J Health Sci* 2014; 7: 162-9. [Farsi]
- Sayehmiri F, Bakhtiari S, Darvishi P. Prevalence gestational diabetes mellitus in Iran: a systematic review and meta-analysis study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2013; 15: 16-23. [Farsi]
- Halperin IJ, Feig DS. The role of lifestyle interventions in the prevention of gestational diabetes. *Curr Diab Rep* 2014; 14: 452.
- Daniells S, Grenyer BF, Davis WS, Coleman KJ, Burgess JA, Moses RG. Gestational diabetes mellitus: is a diagnosis associated with an increase in maternal anxiety and stress in the short and intermediate term? *Diabetes Care* 2003; 26: 385-9.
- Rumbold AR, Crowther CA. Women's experiences of being screened for gestational diabetes mellitus. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2002; 42: 131-7.
- Sjögren B, Robeus N, Hansson U. Gestational diabetes: a case-control study of women's experience of pregnancy, health and the child. *J Psychosom Res* 1994; 38: 815-22.
- Persson M, Winkvist A, Mogren I. 'From stunned to gradual balance'-women's experiences of living with gestational diabetes mellitus. *Scand J Caring Sci* 2010; 24: 454-62.
- Razee H, van der Ploeg HP, Blignault I, Smith BJ, Bauman AE, McLean M, et al. Beliefs, barriers, social support, and environmental influences related to diabetes risk behaviours among women with a history of gestational diabetes. *Health Promot J Austr* 2010; 21: 130-7.
- Bandyopadhyay M, Small R, Davey MA, Oats JJ, Forster DA, Aylward A. Lived experience of gestational diabetes mellitus among immigrant South Asian women in Australia. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2011; 51: 360-4.
- Nouhjah S, Fayazi F, Afshinfar A. A Qualitative Study to Define Diabetic Women's Views about Health, Illness, Complications and Experienced Restrictions, Attending Ahvaz Diabetes. *Clinic Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2014; 4: 235-4.
- Khooshehchin TE, Keshavarz Z, Afrakhteh M, Shaki-bazadeh E, Faghilzadeh S. Beliefs, attitudes and coping behaviors of mothers with gestational diabetes: a qualitative study. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2016; 14: 791-801. [Farsi]
- Khooshehchin TE, Keshavarz Z, Afrakhteh M, Shaki-bazadeh E, Faghilzadeh S. Explanation the experiences of mothers with gestational diabetes about the factors affecting self-care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2016; 5: 76-89. [Farsi]
- Graneheim U, Lundman B. Quantitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *nurse educ today. Nurse Education Today* 2004; 24: 105-12.
- Lincoln Y, Guba E. *naturalist inquiry*. Beverly Hiss: Sage publication; 2001.
- Carolan M. Women's experiences of gestational diabetes self-management: a qualitative study. *Midwifery* 2013; 29: 637-45.
- Minooee S, Ramezani Tehrani F, Rahmati M, Mansourmia MA, Azizi F. Diabetes incidence and influencing factors in women with and without gestational diabetes mellitus: A 15 year population-based follow-up cohort study. *Diabetes Res Clin Pract* 2017; 128: 24-31. [Farsi]
- Tak-Ying Shiu A, Kwan JJ, Wong RY. Social stigma as a barrier to diabetes self-management: implications for multi-level interventions. *J Clin Nurs* 2003; 12: 149-50.
- Whitty-Rogers J, Caine V, Cameron B. Aboriginal Women's Experiences With Gestational Diabetes Mellitus: A Participatory Study With Mi'kmaq Women in Canada. *ANS Adv Nurs Sci* 2016; 39: 181-98.
- Kaptein S, Evans M, McTavish S, Banerjee AT, Feig DS, Lowe J, et al. The subjective impact of a diagnosis of gestational diabetes among ethnically diverse pregnant women: a qualitative study. *Can J Diabetes* 2015; 39: 117-22.
- Souza Fde O, Dias LA, Franco Mde M, Guirro EC, Cavalli Rde C, Lara LA, et al. Assessment of female sexual

غیرقابل تعمیم بودن یافته‌های مطالعات کیفی از ویژگی‌های این گونه بررسی‌ها می‌باشد.

نتایج مطالعه کیفی حاضر نشان داد که مادران مبتلا به دیابت بارداری با دغدغه‌ها و محدودیت‌های تازه‌ای علاوه بر دغدغه‌ها و محدودیت‌های بارداری مواجه می‌شوند. لازم است اعضای تیم مراقبت دیابت از تاثیر تشخیص دیابت بارداری بر روی افراد آگاه باشند و به مادران مبتلا در مورد تصمیمات درمانی و تغییرات سبک زندگی آموزش دهند و با اطمینان‌دهی به آن‌ها از نگرانی و اضطراب ایشان کاسته و به تطابق آن‌ها با بیماری کمک کنند. هم‌چنین نتایج این پژوهش و تبیین تجربه مادران مبتلا به دیابت می‌تواند به عنوان اطلاعات پایه و بنیادین جهت پژوهش‌های آینده برای انجام

- function in pregnant women with gestational diabetes mellitus. *J Sex Med* 2013; 10: 1350-4.
23. Ribeiro MC, Nakamura MU, Scanavino Mde T, Torloni MR, Mattar R. Female sexual function and gestational diabetes. *J Sex Med* 2012; 9: 786-92.
 24. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet* 2008; 371: 243-60.
 25. Draffin CR, Alderdice FA, McCance DR, Maresh M, Harper Md Consultant Physician R, McSorley O, et al. Exploring the needs, concerns and knowledge of women diagnosed with gestational diabetes: A qualitative study. *Midwifery* 2016; 40: 141-7.
 26. Persson M, Winkvist A, Mogren I. 'From stunned to gradual balance'-women's experiences of living with gestational diabetes mellitus. *Scand J Caring Sci* 2010; 24: 454-62.
 27. Oster RT, Mayan MJ, Toth EL. Diabetes in pregnancy among First Nations women. *Qual Health Res* 2014; 24: 1469-80.
 28. Nolan JA, McCrone S, Chertok IR. The maternal experience of having diabetes in pregnancy. *J Am Acad Nurse Pract* 2011; 23: 611-8.
 29. Hirst JE, Tran TS, Do MA, Rowena F, Morris JM, Jeffery HE. Women with gestational diabetes in Vietnam: a qualitative study to determine attitudes and health behaviours. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12: 81.
 30. Hui AL, Sevenhuysen G, Harvey D, Salamon E. Stress and anxiety in women with gestational diabetes during dietary management. *Diabetes Educ* 2014; 40: 668-77.
 31. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS; Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2005; 352: 2477-86.
 32. Dalfrà MG, Nicolucci A, Bisson T, Bonsembiante B, Lapolla A; QLISG (Quality of Life Italian Study Group). Quality of life in pregnancy and post-partum: a study in diabetic patients. *Qual Life Res* 2012; 21: 291-8.
 33. Kersnik J, Svab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19: 174-7.
 34. Dalfrà MG, Nicolucci A, Lapolla A; TISG. The effect of telemedicine on outcome and quality of life in pregnant women with diabetes. *J Telemed Telecare* 2009; 15: 238-42.
 35. Javid FM, Simbar M, Dolatian M, Majd HA, Mahmoodi Z. A Comparative Study on Dietary Style and Physical Activity of Women With and Without Gestational Diabetes. *Acta Med Iran* 2016; 54: 651-6.

Original Article

Perceived Concerns and Constraints of Mothers with Gestational Diabetes: A Qualitative Study

Mokhlesi S¹, Simbar M², Ramezani Tehrani F³, Kariman N⁴, Alavi majd H⁵

¹Student Research Committee, Midwifery and Reproductive Health Department, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, ²Midwifery and Reproductive Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, ³Reproductive Endocrinology Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences and Metabolism, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, ⁴Midwifery and Reproductive Health Department, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, ⁵Department of Biostatistics, Faculty of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti Medical University, Tehran, I.R. Iran

e-mail: msimbar@yahoo.com

Received: 13/10/2018 Accepted: 03/02/2019

Abstract

Introduction: Gestational diabetes, in addition to increased risk for mother and fetus, can affect all aspects of the mother's life. Therefore, the purpose of this study is to describe the experiences of mothers with gestational diabetes mellitus. **Materials and Methods:** This was qualitative study. Semi-structured open-ended interviews were conducted with 25 women with gestational diabetes mellitus and by 8 healthcare providers. All interviews were recorded and transcribed. The content analysis approach was used to analyze data. **Results:** Participants understood their limitations in social and recreational activities as well as their roles as a mother or a spouse. In addition, treatment of the disease caused limitations in their daily lives. Based on the data analysis, the concerns of pregnant women with gestational diabetes involved concerns of mothers with their health, fetal and neonatal health, as well as concerns about treatment and care. **Conclusion:** Midwives and other health care providers should be aware of the impact of the diagnosis of gestational diabetes on the lives of mothers and provide them with appropriate personal and cultural advice recommendations, especially on treatment, in addition to useful and useful information to reduce their concerns.

Keywords: Qualitative research, Gestational diabetes, Iran